

# 眼科問診票

フリガナ

お名前 ( )

以下の項目について該当するものに○を付けて下さい。  
必要な項目についてはご記入をお願いいたします。

本日はどのようなことで眼科を受診されますか？

充血                      めやに                      かゆみ                      痛み                      見えにくい  
物が二重に見える                      眼をぶつけた                      白内障手術希望                      眼底検査希望  
その他 ( )

どちらの眼ですか？                      両眼                      右眼                      左眼

いつ頃その症状に気がつきましたか？ ( ) 頃

これまでに眼の病気をした事がありますか？

有 → 病名 ( )  
                    病気をした時期 ( )  
                    治療を受けた病院名 ( )  
無

眼以外での病気はありますか、また手術をした事がありますか？

有 → 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 その他 ( )  
無                      病気をした時期 ( ) 頃

薬のアレルギーはありますか？

有 → 薬の名前 ( )  
                    アレルギーの症状 ( )  
無

現在、内服している薬はありますか？

有 → 薬の名前 ( )  
無

家族、親戚（血族関係）の方に病気の方はいらっしゃいますか？

いる                      間柄 ( )                      病名 ( )  
                    間柄 ( )                      病名 ( )  
いない

普段、眼鏡またはコンタクトレンズをお使いですか？

眼鏡                      コンタクト                      両方

抜歯をした事がありますか？

有 → その際、何か問題がありましたか？  
無

現在、妊娠しているのか、またその可能性はありますか？

有 → 出産予定日 (20                      年                      月                      日)  
無                      不明                      閉経

この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？

有 → 指摘事項 ( )  
無